15

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 2 février 1905, à 1 heure

PAR

Maurice BORDEAU

DE

LA HERNIE COMPLÈTE

DES

Organes génitaux profonds de la Femme

EN DEHORS DE LA GROSSESSE

Président : M. LE DENTU, *Professeur.*

Juges : MM. BUDIN, *Professeur*
MÉRY, *Agrégé*
DEMELIN, *Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET
1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET 12, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE
(anciennement 36, rue Serpente.)

1905

36568

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
	BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathol. mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
	LE DENTU.
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agreges en exercice

MM.	MM	MM	MM
AUVRAY.	DUPRE.	LEGRY.	PROUST.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BRANCA.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BEZANÇON.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL (chef des Travaux anatomiques).
BRINDEAU.	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BROCA André.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CARNOT.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CLAUDE.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
CUNEO.	LANGLOIS.	MORESTIN.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	POTOCKI.	
DEGREZ.			

Par délibération en date du 8 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

Témoignage de profonde reconnaissance et de filiale affection.

A MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous sommes heureux de témoigner, selon l'usage, notre gratitude à tous ceux qui ont contribué au bonheur de notre vie d'étudiant, qui prend fin et que nous ne quittons pas sans regret ; à tous ceux qui nous ont guidé, et auxquels nous sommes redevables des connaissances médicales que nous avons.

Le goût de la médecine naquit pour nous, d'entretiens nombreux à l'Hôtel-Dieu de Fougères, avec notre ami M. le Docteur DEROYER ; ce fut aussi notre premier maître qui se montra toujours plein de bienveillante attention à notre égard. Nous nous rappelons ses conseils éclairés tout au début de nos études médicales, ses leçons trop courtes dans son service de chirurgie, et plus tard, ses enseignements pratiques, qu'il tenait d'une longue vie de labeur et de dévouement passée au milieu des malades de la ville et de l'hôpital. C'est pour nous une bien grande satisfaction de lui faire connaître ici, l'étendue de notre reconnaissance et de notre sympathie.

Que nos maîtres de l'Ecole de Médecine de Rennes, qui nous ont guidé dans nos premières années d'études,

soient assurés de notre vive gratitude et veuillent bien agréer nos hommages respectueux. Nous avons nommé les Professeurs Bertheux et Dayot, qui nous ont appris à aimer l'hôpital ; Castex, Follet, Lautier, Lefeuvre, Le Damany, Lhuissier, Perrin de la Touche, dont les cours nous ont été si utiles dans la suite.

M. le Docteur Albert Robin, médecin des Hôpitaux, et M. le Professeur Lannelongue, ont été nos maîtres dans les Hôpitaux de Paris ; nous les remercions vivement de la bienveillante attention qu'ils nous témoignèrent pendant que nous fréquentions leur service de médecine générale et de chirurgie infantile.

C'est durant ce premier stage, que nous eûmes la bonne fortune de rencontrer un maître aussi affable que M. le Docteur Florand, médecin de l'Hôpital Tenon, qui ne cessa de s'intéresser à nous, bien que nous ne l'ayions eu que quelques semaines comme chef de service. Nous ne saurions dire combien est grande la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers lui pendant ces dernières années ; qu'il soit persuadé que nous n'oublierons pas, avec quelle amabilité empressée, il s'est toujours mis à notre disposition chaque fois que nous avons eu recours à lui.

Nos connaissances obstétricales, nous les devons à M. le Docteur Lepage, accoucheur des Hôpitaux de Paris, nous nous rappellerons certes, ses excellentes leçons de la Pitié.

A la fin de nos études médicales nous avons eu l'avantage d'être nommé interne dans les Hôpitaux du Havre ; nous y avons trouvé des maîtres dévoués, des amis

plutôt, qui ont sans cesse été pour nous d'un accueil bienveillant.

Nous remercierons spécialement ceux qui ont été nos chefs de service. Merci donc à M, le Docteur Robert Sorel, ex-chirurgien de l'Hôpital Pasteur, chirurgien à Dijon, dont nous n'avons été malheureusement l'interne que trop peu de temps, mais chez lequel nous avons pu bénéficier de cette large initiative qu'il aimait tant à laisser à ses élèves. Nous exprimons à ce maître bienveillant toute notre gratitude pour avoir bien voulu aussi nous donner l'idée de ce travail.

Durant l'année que nous avons passée ensuite à l'Hospice Général, nous fûmes tout d'abord l'interne de M. le Docteur Lausiès ; nous emporterons certes des enseignements profitables de son beau service de médecine générale.

M. le Docteur Brunschvig, nous initia de son côté, aux difficultés de la clinique ophtalmologique, et des maladies de l'oreille et du larynx ; ce fut pour nous un maître plein d'affabilité, dont nous garderons le meilleur souvenir.

Notre dernier semestre dans les Hôpitaux du Havre, se passa auprès de M. le Docteur Lenormand. Dans son intéressant service de chirurgie, grâce à sa bienveillance ainsi qu'à celle de MM. les Docteurs Termet et Simon, nous usâmes d'une large initiative et pûmes acquérir à nouveau, dans cette branche qui toujours nous séduisit, de l'assurance et de la pratique. Nous leur en resterons profondément reconnaissant.

Il nous reste aussi à remercier vivement MM. les

Docteurs Frottier, Balard d'Herlinville, Dubarry, Griner, Lenhardt, que nous eûmes également le bonheur d'approcher, ainsi que MM. les Pharmaciens Le Marié et Dominique, qui se firent toujours un plaisir d'accroître nos connaissances.

Que notre excellent ami M. le Docteur Le Nouene, chirurgien au Havre, qui fut aussi pour nous un maître dans la technique chirurgicale, chaque fois qu'il pût en trouver l'occasion, et qui ne nous ménagea pour ce travail, ni son temps, ni ses conseils autorisés, reçoive ici l'assurance de notre reconnaissance et de notre affection.

Nous n'oublierons pas non plus dans nos remerciements, notre vieil ami M. le Docteur Jolivet, licencié ès-sciences, qui nous fût d'un précieux concours, en se chargeant de réunir bon nombre de nos documents.

Nous garderons précieusement le souvenir de nos camarades d'études de Rennes et de Paris qui tous déjà se sont dispersés, et nous songerons souvent avec plaisir et regret tout à la fois, aux bons moments passés dans la salle de garde des deux Hôpitaux du Havre au milieu de collègues qui furent tous nos amis.

M. le Professeur Le Dentu nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il daigne agréer l'expression de notre plus profonde gratitude.

INTRODUCTION

Durant notre internat dans les Hôpitaux du Havre, il nous a été donné d'observer dans le service de chirurgie du Docteur Sorel, une hernie de l'utérus et des annexes des deux côtés à travers le canal inguinal droit. Il nous a paru intéressant d'étudier les observations de hernie complète des organes génitaux profonds de la femme et d'en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Les hernies de l'utérus avec leurs différentes variétés sont déjà relativement rares puisque De Vaucher (1) a pu écrire (1895) : « elles n'ont pas, à notre connaissance, « d'histoire spéciale et les cas où on l'a vu faire partie « d'un sac herniaire sont un peu disséminés dans les « mémoires relatant la hernie des annexes. »

Ces dernières ont d'ailleurs une littérature des plus complètes et dans ces dernières années plusieurs auteurs se sont occupés sérieusement de leur étude.

Déjà Soranus d'Ephèse, vivant vers l'an 97 de notre ère entrevoit la première observation et nous pouvons citer parmi ceux qui s'occupèrent de la hernie des an-

(1) De Vaucher. — Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe de Fallope. *Th.* doctorat, Lyon, mai 1895.

nexes : Louis Léger de Gouey (1) chirurgien de Rouen (1716) ; Deneux (2) (1813) ; Loumaigne (3) (1869) ; Frank Hamilton et Terry (4) (1870) ; English (5) (1871) ; Wibaille (6) (1874) ; Puech (7) (1878-79) ; Barnes (8) (1882) ; G. Langton (9) (1882) ; Thomas (10) (1887) ; Boudaille (11) (1890) ; Lejars (12) (1893) ; Manega (13) (1894).

De Vaucher (14) avait pu réunir dans sa thèse de doctorat, 27 observations des diverses variétés de hernie des organes génitaux de la femme.

Après cet excellent travail sur la question de hernie

(1) Louis Léger de Gouey. — La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison, 1716.

(2) Deneux. — Mémoire sur les hernies de l'ovaire. Paris, 1813.

(3) Loumaigne. — De la hernie de l'ovaire. *Th.* Paris, 1869.

(4) Frank Hamilton et Terry. — *Bellevue Hospital Reports*, 1870, p. 159.

(5) English. — *Œsterr. med. jarbuch, Wien.* 1871.

(6) Wibaille. — De la hernie de l'ovaire. *Th.* Paris, 1874.

(7) Puech. — Nouvelles recherches sur les hernies de l'ovaire. *Annales de gynécologie*, novembre 1878 et juin 1879.

(8) Barnes. — Physiologie de l'ovaire hernié. *American Journal obstetric's*, janvier 1893, et *Annales de gynécologie*, Paris 1893, traduction de Rivière.

(9) G. Langton. — Hernie de l'ovaire. *St-Barthol Hospital Report London*, 1882, p, 99-205.

(10) Thomas. — Hernie inguinale de l'ovaire. *Th.* doctorat, Paris, 1887.

(11) Boudaille. — Hernie inguinale chez la femme et hernie de l'ovaire. *Th.* Paris, 1890.

(12) Lejars. — Néoplasmes herniaires. *Gazette des hôpitaux*, 3 août 1889. Hernie de la trompe de Fallope. *Revue de chirurgie*, janvier et février 1893.

(13) Manega. — De la hernie inguinale de l'ovaire. *Riforma medica*, Naples, février 1894.

(14) De Vaucher. — *Loc. cit.*

des annexes parut (1896), une contribution à l'étude des hernies de la trompe dû à Gœpel (1).

Duplay et Wiart (2) (1897), communiquent à la société d'anatomie de Paris de nombreuses observations de hernie de la trompe.

La même année, Mencière (3), traitant des hernies de l'ovaire, surtout chez la petite fille, insiste sur la facilité de l'erreur de diagnostic.

Puis, nouvelle observation d'une hernie inguinale de l'ovaire, trompe et corne utérine rudimentaire, rapportée par Carlo Massi (4) (1897).

En 1898 paraît un nouveau travail sur un point particulier de la question et dû à Schültz (5) (*Contribution à l'étude des hernies de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire*). L'auteur attire l'attention sur le caractère congénital de la hernie inguinale, la difficulté du diagnostic et les complications par altération de la trompe.

La question de ces hernies est reprise tout entière par A. Ogé (6) dans sa thèse de doctorat (Paris 1900) ; il ne fait qu'apporter que quelques observations nouvelles.

(1) Gœpel. — Festschrift dens hochverehrten Freunde und Lehrer Benno Schmidt, Soc. méd. Leipzig, 3 mars 1896.

(2) Duplay et Wiart. — Société anatomique de Paris, 1897.

(3) Mencière. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1897.

(4) Carlo Massi. — *Clinica chirurgica*, 1897.

(5) Schultz. — *Th.* doctorat, Paris, 1898.

(6) A. Ogé. — Des hernies de l'utérus et des annexes *Th.* doctorat, Paris 1900).

D'autres cas sont signalés par Kortë au 29e Congrès de la société allemande de chirurgie (1900), par P. Morf. (*Annales of surgery* 1902), par Schopfe (1) (1903).

Enfin la thèse très récente de Haïk Sebian (2) (juillet 1904) fait une revue générale de la question de la hernie des annexes, traitant spécialement de la hernie des ovaires.

La même année, Garrigues (3) dans sa thèse inaugurale, a scindé cette étude elle-même et mis au point d'une façon très complète la hernie de la trompe de Fallope sous toutes ses formes, d'après les 43 observations publiées jusqu'à ce jour.

Paraît ensuite (novembre 1904), la thèse de M. Boulfroy (4), qui reprend en son entier la grande question de la hernie des organes génitaux de la femme. Il fait d'abord une excellente classification des diverses variétés de ces hernies, relate une observation d'une autre malade opérée en 1901 par le Docteur Sorel, et mentionne un fait unique de hernie de la trompe et de l'ovaire avec absence de sac, observé par MM. les Docteurs Pinatel et Gavaillon de Lyon.

Quant aux observations de hernie de l'utérus elles étaient au nombre de 25 en 1898 d'après M. le Profes-

(1) Schopfe. — *Wiener Klinische Wochenschrift*, 1903.

(2) Haïk Sebian. — Des hernies de l'ovaire, *th.* doctorat Paris 1904.

(3) Garrigues. — Les hernies de la trompe utérine, *th.* doctorat, Paris 1904.

(4) Boulfroy. — Des hernies des organes génitaux de la femme, *th.* doctorat, Lyon 1904.

seur Berger (1), dont 19 étaient inguinales, 2 crurales, 1 obturatrice, 3 ombilicales.

Onze d'entre elles ont été observées pendant la grossesse, tantôt primitives, tantôt secondaires à une hernie des annexes ou de la corne utérine.

Sept étaient inguinales dont deux cas rapportés par Michel Döring (2) (de Breslau) et les 5 autres par Dirlewang, par Ledesma (3), par Rektorzik (4), par Scanzoni (5), par Eisenhart (6). Deux autres cités dans la thèse de M. Boulfroy sont dûs à Saxtorph (7) et à Th. Fischer (8). Les quatre autres observations de hernie de l'utérus gravide, ont trait à des hernies ombilicales et ont été publiées par Léotaud, Murray, Hagner Rosanoff.

Tous les cas relatés jusqu'à cette époque de hernie de l'utérus ont fait l'objet du travail très complet de C. Brünner (9) (1899). Des observations nouvelles ont

(1) Berger. — *In traité de chirurgie.* Duplay et Reclus. 2e édition, t. VI, 1898, p. 398.

(2) Döring. — De herniæ uterina atque hanc justo tempore subsequentis partu Cesarei historia, *Vitembr.*, 1612.

(3) Lédesma. — *Gazette médicale de Paris*, p. 175, 1840, et *journal de la société de médecine de Montpellier*, t. I, p. 441.

(4) Rektorzik. — *Monatsch für Géburtsk*, t. XVI, p. 475, 1860.

(5) Scanzoni. — *Beitræge zur Geburtsk und Gynæk.*. Wurtzburg, 1870, cité par Puech.

(6) Eisenhart. — Cité dans le *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin, t. II, sect. VIII, chap. VI, 1886.

(7) Saxtorph. — *Bibliothèque médicale,* LXXI, p. 59.

(8) Fischer. — *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. V, p. 249, 1842.

(9) Brünner. — *Beitrage zur klin. chirurg.*, 1889, t. IV, p. 259.

été publiées par Ch. Hagner (1) à l'*American médical association*, par Roux (2) (de Lausanne) et par Schwartz (3) au Congrès français de chirurgie (1891-92), par Bœckel (4) (1892), Brohl (5) (1894), Rosanoff (6) (1895), Carlo-Massi (7) (1897), Ogé (8) (1900).

Nous mentionnons seulement ces observations, réservant à notre étude celles dans lesquelles l'utérus et ses annexes des deux côtés existent dans la même hernie en dehors de la grossesse.

Il nous reste donc à examiner les cas de Lallement, (2 observations), de Bylicki, de Defontaine, de Legueu et de Sorel.

5 de ces hernies sont inguinales, une seule est crurale.

Nous nous proposons d'étudier successivement :

1° L'anatomie pathologique.

2° La pathogénie.

3° Les symptômes et le diagnostic.

4° Le traitement.

(1) Ch. Hagner. — *Journal of amer. med. assoc.* 29 mars 1889 p. 302 et 311.

(2) Roux. — Congrès français de chir., 5e session 1891, p. 497.

(3) Schwartz. — Congrès français de chir., 6e session 1892, p. 437.

(4) J. Bœckel. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1er sept. 1892.

(5) Brohl. — *Deutsche. med. Woch.*, 1894, n° 15.

(6) Rosanoff. — *Arch. für. klin. chir.*, 1895, t. XLIX, p. 918.

(7) Carlo-Massi. — *Clinica chirurgica*, 1897.

(8) A. Ogé. — *Loc. cit.*

OBSERVATIONS

Observation I

Hernie inguinale droite de la matrice et des annexes droites et gauches. — Autopsie.

(Lallement. — *Mém. soc. méd. d'émulation*, p. 323, an VIII)

Une vieille femme réfugiée dans l'hôpital national, ci-devant de la Salpêtrière, me consulta pour une tumeur volumineuse située dans l'aine droite, longue de quatre ou cinq travers de doigt et configurée comme une poire. Sa base, qui descendait jusqu'à la grande lèvre du même côté, était extrêmement dure : son sommet, qui répondait à l'anneau, conservait assez de mollesse. La malade me dit qu'elle avait eu plusieurs enfants, sans qu'aucune de ses couches eût rien offert d'extraordinaire ; que ses règles avaient cessé au temps marqué par la nature ; qu'à l'âge de 50 ans, après quelques efforts que nécessitait son état de blanchisseuse, elle s'était aperçue pour la première fois d'une grosseur dans l'aine ; que d'abord cette grosseur était si sensible, qu'elle ne pouvait la toucher sans douleur ; qu'elle avait pris un accroissement assez rapide ; mais que sa sensibilité avait ensuite diminué, au point qu'à peine en était-elle incommodée.

La forme et la solidité de la tumeur, différentes de ce qu'on observe dans les hernies les plus ordinaires, fixèrent bien plus mon attention, que son irréductibilité, qui ne pouvait surprendre dans une hernie qui durait depuis plus de vingt ans.

Quelques mois après m'avoir consulté, la malade mourut

d'une maladie de poitrine à l'âge de 71 ans. Désirant connaître une tumeur dont la nature m'avait paru obscure, j'en fis la dissection. Les téguments enlevés, je trouvai dans un sac herniaire très épais, la totalité de la matrice avec la trompe et l'ovaire du côté droit ; l'autre ovaire et sa trompe étaient appliqués contre la partie externe de l'anneau. Le vagin entraîné par la matrice, affectait une légère obliquité, et comprimait contre le pubis, la vessie urinaire, dont la capacité me parut moins grande que de coutume. La partie supérieure de ce canal et le museau de tanche qu'elle embrasse avaient également franchi l'anneau.

Observation II

Hernie crurale droite de l'utérus, des trompes de Fallope, des ovaires, d'une partie du vagin et d'une portion considérable d'épiploon. — Autopsie.

(Lallement. — *Bulletin de la Faculté de médecine de Paris*, t. I, p. 1, Paris, 1816).

Marie-Michel Dubourg, âgée de 82 ans, d'une constitution éminemment lymphatique, portait depuis longtemps une tumeur considérable dans l'aîne, du côté droit. Le 19 décembre 1815, elle éprouva des coliques, des vomissements assez fréquents, qui la déterminèrent à entrer à la Salpêtrière.

Jusqu'à 40 ans, elle avait joui d'une parfaite santé, et avant, elle n'avait point eu de hernie. Elle avait eu huit accouchements faciles.

Il y a quarante-deux ans qu'elle mit au jour le dernier de ses enfants : huit jours après, elle se leva et eut l'imprudence de reprendre les occupations fort pénibles qu'exigeait son état de blanchisseuse.

C'est à cette époque, et après un travail qui l'avait beaucoup fatiguée, qu'elle s'aperçut de la formation d'une petite tumeur

dans l'aine droite. Elle parvint à la faire rentrer et ne prit aucune autre précaution ; elle avait alors 40 ans, Jusqu'à l'âge de 41 ans. elle continua d'être réglée, et pendant ce temps sa hernie, très peu volumineuse, rentrait facilement, sortait lorsqu'elle travaillait, et aprés un exercice fatigant, lui semblait avoir acquis un plus grand volume.

A 41 ans, survint l'époque ou temps critique, qui altéra sa santé.

Elle fut depuis sujette à des affections érysipélateuses. Déjà sa hernie avait acquis plus de volume ; elle la faisait rentrer plus difficilement ; et elle éprouvait assez souvent des coliques et des nausées.

Elle consulta : sa tumeur fut regardée comme une entérocèle ; on la réduisit et on lui recommanda l'usage d'un bandage herniaire.

Elle en porta un pendant quelques années, mais avec la plus grande négligence ; enfin, elle y renonça, et abandonna sa tumeur à elle-même : celle-ci ne tarda pas à acquérir le volume d'un œuf de poule ; elle devint irréductible ; la malade fut sujette à ce qu'elle appelait des tiraillements d'estomac ; elle éprouvait presque constamment des nausées qui lui faisaient choisir un petit nombre d'aliments, tels que la salade et les fruits.

Lorsqu'elle mangeait des viandes, ses nausées, plus fortes. étaient quelquefois suivies de vomissements.

Tel fut l'état habituel de la malade jusqu'à l'âge de 74 ans. A cette époque, elle fut affectée d'une fièvre aiguë : pendant l'accès d'un délire agité, sa tumeur prit tout à coup un volume double : quelques symptômes d'étranglement se manifestèrent : coliques, hoquets, nausées et vomissements. Le ventre fut tendu. la tumeur dure : la peau offrit quelques traces d'inflammation.

L'on appliqua des cataplasmes sur sa hernie ; au bout de quelques jours, l'on y sentit de la fluctuation. Le chirurgien qui la soignait crut que la tumeur était une entérocèle : son volume lui fit éviter l'opération : il se contenta de combattre l'inflammation par des tisanes rafraîchissantes ; la fluctuation sensible

vers la partie droite de la tumeur, fit croire à la formation d'un abcès stercoral. La peau enflammée ne tarda pas à s'ouvrir, et il ne s'écoula ni pus, ni matières fécales, mais un fluide séreux, tant soit peu sanguinolent et extrêmement abondant.

Cet écoulement fut suivi d'une diminution dans le volume de la tumeur. Les symptômes de l'étranglement disparurent, ainsi que la fièvre antérieure indépendante de la hernie.

Depuis l'âge de 74 ans jusqu'à 82, la malade continua d'être sujette aux mêmes nausées, douleurs du ventre, coliques, quelquefois vomissements. Même choix d'aliments ; de plus, de trois mois en trois mois à peu près, sa tumeur augmentait, la peau s'ouvrait, donnait issue à un liquide inodore d'une consistance huileuse, dont l'expulsion produisait une diminution dans le volume de la hernie.

Enfin, le 19 décembre 1815, la malade ayant éprouvé des symptômes d'étranglement, entra aux infirmeries de la Salpêtrière.

Voici quel était son état général, le 20 décembre : un peu de fièvre, nausées, peu de vomissements, coliques, constipation.

La tumeur offrait les particularités suixantes : elle existait dans l'aîne droite ; son volume étonnait ; elle avait peut-être cinq pouces de longueur sur quatre de large. Sa forme était celle d'une pyramide à trois faces ; l'une de ces faces était antérieure ; l'autre postérieure appuyait sur la cuisse droite ; une interne dépassait de quelques pouces la vulve. La base était en haut, le sommet en bas, et la tumeur était plus large dans son milieu qu'à sa base ; sa direction était oblique de droite à gauche et de haut en bas.

La peau avait tellement cédé qu'elle formait une vraie bourse pendante entre les cuisses. Le doigt porté au-dessus de la tumeur, reconnaissait l'anneau inguinal dans l'état naturel. immédiatement au-dessous on sentait l'arcade crurale.

Le volume de la hernie, le peu d'intensité des symptômes qu'offrait l'étranglement, firent juger qu'elle était surtout épiploïque ; et que si elle contenait une portion d'intestin, l'épi-

ploon la mettait à couvert d'un étranglement plus marqué. Le volume de la tumeur, le peu de violence des accidents, l'âge de la malade et surtout le mauvais état du pouls, s'opposaient à toute tentative d'opération. L'on se contenta d'employer des tisanes laxatives et des lavements émollients ; ces moyens suffirent pour apaiser les symptômes de l'étranglement.

Il y eut un écoulement considérable de sérosité par la peau de la tumeur, qui n'offrait cependant aucune ouverture fistuleuse sensible.

Cette sérosité fut trop abondante pour être regardée comme un effet de la transpiration. D'ailleurs, la malade y était tellement sujette, qu'elle salissait beaucoup de linge par cet écoulement. Les symptômes de l'étranglement eurent à peine cessé, qu'elle fut atteinte d'une fièvre adynamique, d'autant plus grave que des évacuations provoquées l'avaient affaiblie. Elle y succomba malgré l'emploi des toniques, et l'on fit, en ouvrant son cadavre, les découvertes suivantes :

La peau qui formait l'enveloppe antérieure de la tumeur était saine. Au-dessous existait une quantité considérable de graisse d'une consistance ferme et serrée.

Le sac herniaire fut à peine reconnu ; la hernie existait depuis quarante ans ; ces parties n'existaient plus dans leur état naturel. Plus profondément l'on découvrit un tissu lardacé, graisseux, en masse considérable, auquel venaient s'unir deux prolongements d'épiploon. On fendit cette partie, l'on en fit deux lambeaux, l'un interne, l'autre externe, et l'on ne vit point d'intestin, mais les objets suivants qui adhéraient de toutes parts aux graisses environnantes : la matrice, les ovaires, les trompes de Fallope, une partie du vagin, deux cordons distincts d'épiploon, enfin deux kystes ou peut être deux hydatides.

Pour bien connaître ces objets, on mit à découvert d'abord l'anneau inguinal libre ; on coupa le ligament de Fallope, et évidemment on reconnut une hernie crurale. L'artère épigastrique était extérieure à toutes ces parties ; elles-mêmes

étaient antérieures aux tendons réunis de l'iliaque et du psoas; elles appuyaient à leur passage sur la partie la plus interne de la branche horizontale du pubis; les vaisseaux cruraux étaient, par conséquent, externes et postérieurs aux parties déplacées.

Ces parties étaient ainsi disposées : en allant de gauche à droite, on voyait :

1° Un cordon d'épiploon partant du côlon transverse et venant inférieurement se perdre dans une masse graisseuse existante à la partie inférieure de la tumeur.

2° Un peu plus à droite, un second cordon d'épiploon se terminant inférieurement comme le précédent, et partant d'un point du côlon transverse, plus rapproché de la partie ascendante du même intestin. Ces deux cordons, dont le dernier avait une apparence charnue, semblaient tirer en bas l'axe du côlon.

3° A côté et en allant toujours vers la droite, on voyait supérieurement la trompe de Fallope, inférieurement l'ovaire droit et le ligament large qui était rétréci.

4° On découvrit ensuite l'utérus ; son col en haut devenait sensible à travers les parois du vagin, lorsqu'on les comprimait avec les doigts. Son fonds tourné en bas répondait à cette masse graisseuse dont j'ai déjà parlé. Le doigt porté par l'ouverture de la vulve, reconnaissait dans le vagin une direction vicieuse de gauche à droite. Une sonde enfoncée par cette ouverture parvenait au-delà de l'arcade crurale ; de sorte que le vagin, très allongé, faisait hernie par sa partie supérieure.

5° On voyait aussi la trompe du côté gauche, une partie du ligament large, l'ovaire gauche désorganisé et offrant une espèce de kyste. Au-dessous, un second kyste indépendant du premier, ou peut-être une hydatide, à laquelle était dû certainement l'écoulement de la sérosité que la malade rendait. Enfin, tout à fait à droite, se trouvait du tissu cellulaire

très abondant. La vessie et le rectum étaient dans leur situation naturelle ; leurs fonctions n'avaient point été altérées.

Observation III

Hernie inguinale de l'utérus et des annexes des deux côtés.

(Bylicki. — In article de M. le Professeur Berger. *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. VI, p. 399.)

Il nous a été impossible de retrouver *in extenso* l'observation de Bylicki, résumée dans l'article du Professeur Berger ; nous relaterons seulement les quelques renseignements fournis par l'auteur.

En même temps que l'utérus, les deux ovaires et les deux trompes étaient contenus dans le sac herniaire. Cette hernie était inguinale. La palpation avait permis d'y reconnaître un corps de consistance ferme, dont les contours rappelaient la forme de l'utérus.

Observation IV

Hernie inguinale gauche congénitale de l'utérus, des deux trompes et des deux ovaires. Cure radicale. Guérison.

(Defontaine. — *Arch. provinciales de chirurgie*, 1er mai 1895, n° 5, p. 333.)

G... Marguerite, 7 mois, porte depuis l'âge de 2 mois une tumeur de la grande lèvre gauche qui, depuis cette époque, n'aurait pas subi d'accroîssement appréciable par rapport au

volume de l'enfant. Les cris poussés par la petite malade sont incessants, et, au dire de la mère, la tumeur, qui ne varie de de volume à aucun moment, en est la cause.

Cette tumeur, piriforme, a sa grosse extrémité placée dans la lèvre gauche, elle est du volume du pouce, sa petite extrémité, dirigée du côté de l'orifice inguinal correspondant, a le volume du petit doigt. Elle est irréductible, fluctuante ; mais à travers une couche liquide, on peut sentir des masses bosselées, dont une notamment présente le volume d'un testicule d'enfant.

Opération le 8 mars 1895. Chloroformisation. L'incision met à nu une tumeur qui est isolée jusqu'à son pédicule qui s'engage dans le canal inguinal. Le sac incisé, il s'en écoule du liquide, et l'ouverture fait voir l'appareil utéro-ovarien tout entier. Les annexes ovaires, trompes sont complètement herniés avec l'utérus, qui est lui-même complètement hors du ventre. La palpation permet de reconnaître son col à travers la la paroi péritonéo-vaginale du cul-de-sac postérieur.

La réduction des organes herniés est tentée sans élargissement de l'anneau inguinal, mais elle est impossible. Le petit doigt, introduit de force dans l'anneau, l'agrandit par divulsion. La réduction est faite alors sans difficultè en commençant par l'utérus lui-même, puis en rentrant successivement les annexes de chaque côté. La paroi du sac est attirée, isolée le plus haut possible, puis liée en ce point en deux parties à la soie.

Résection du sac au-dessous des ligatures. Deux sutures à la soie ferment le canal inguinal. Trois sutures superficielles au crin de Florence réunissent les téguments.

Suites, 4e jour. Les sutures au crin de Florence sont enlevées. Réunion per primum.

La guérison est complète, et, depuis l'opération, l'enfant a cessé de crier.

Observation V (Résumée).

Hernie inguinale gauche congénitale de l'utérus et des annexes des deux côtés. Imperforation du vagin. Cure radicale. Guérison.

Legueu. — *Bulletin de la Société anatomique*, 9 avril 1897, p. 303.

En août 1896, je voyais à St-Louis, service Nélaton que j'avais l'honneur de remplacer, une jeune femme de 18 ans, qui venait consulter pour une malformation vaginale ; des difficultés exclusivement conjugales avaient depuis peu attiré son attention sur une difformité que rien jusqu'alors n'était venu révéler. Bien conformée extérieurement, elle portait cependant dans la région inguinale gauche, une hernie du volume d'une orange, partiellement réductible. Cette hernie, dont l'origine remontait très loin et qui devait être congénitale, contenait des masses irrégulières et en partie irréductibles que je pris pour de l'épiploon.

Vulve normale. vagin de 6 à 7 centimètres terminé en cul-de-sac. Pas de trace de col utérin.

Cette jeune femme n'avait jamais été réglée ; elle n'avait même jamais éprouvé, depuis sa puberté, de phénomènes congestifs, de malaises, indices d'une fonction ovarienne troublée, et l'exploration bimanuelle de la cavité pelvienne ne nous démontrait rien qui ressemblât à un utérus en situation normale.

Opération le 7 septembre 1896. Incision oblique dans la région inguinale gauche : je mets à découvert l'aponévrose du grand oblique et les piliers inguinaux. Entre eux se trouve le sac vide de la hernie qui est ouvert. De suite apparaît un ovaire blanc-bleuâtre, gros comme un œuf de pigeon, j'agrandis l'ouverture et me rends compte de la situation des organes.

Dans le sac de la hernie sont contenus tout entiers les organes génitaux profonds de la femme. L'utérus, d'abord petit,

d'une hauteur de 2 centimètres environ : de chaque côté, soulevant le sac, se voient les deux ligaments larges. L'un d'eux, le gauche probablement, se dirige vers l'épine pubienne gauche et s'y attache, après s'être dégagé de la face profonde du sac : il contient une trompe atrophiée, filiforme, oblitérée à son extrémité libre et pas d'ovaire. L'autre contenait une trompe plus développée mais dont le pavillon était oblitéré, et un ovaire plus volumineux qu'à l'état normal, lisse et régulier.

Au niveau de l'utérus se détache un cordon, qui plonge sous le péritoine et va se perdre dans l'excavation. J'ai essayé de le suivre et il m'a semblé, mais je n'oserais l'affirmer, que ce cordon allait sous le péritoine rejoindre le fond du vagin. Ce cordon incisé dans sa portion extra-péritonéale ne présente à la coupe ni calibre central, ni diverticule d'aucune sorte. C'était un cordon fibreux plein dans lequel on ne trouvait rien que du tissu dense.

Il ne fallait pas songer à aboucher le vagin avec l'utérus imperforé également. J'aurais pu supprimer tous ces organes inutiles, mais ils ne gênaient en rien, ils étaient facilement réductibles, je n'avais aucune raison de les enlever.

Je terminai donc l'opération en refoulant ces organes sans modifier leurs rapports dans la cavité abdominale et après avoir réuni le péritoine, je fis la suture des parois du canal inguinal, et la malade guérit rapidement malgré une suppuration superficielle.

C'est à l'arrêt de développement du ligament rond du côté gauche qu'est due cette attraction de l'utérus et des annexes dans la région inguinale correspondante.

Observation VI

Hernie inguinale droite, de l'utérus et des annexes des deux côtés. — Salpingites suppurées. — Hernio-laparatomie. — Salpingectomie double. — Réduction de l'utérus hernié. — Guérison (1).

(Dûe à l'obligeance de M. le Docteur Robert Sorel, chirurgien à Dijon.)

B... Adolphine, 35 ans, journalière, est transportée le 16 avril 1902, à cinq heures du soir, à l'hôpital Pasteur, avec le diagnostic de hernie étranglée. Cette femme, réglée à 13 ans, l'a toujours été normalement jusque il y a deux ans. A cette époque elle à eu des métrorragies qui ont duré dix-huit mois. Depuis le mois de septembre les règles viennent une fois par mois et durent cinq ou six jours, quelquefois plus d'une semaine. Pas d'enfant, pas de fausse-couche.

Cette femme a toujours connu une grosseur dans le pli de l'aîne droite. La tumeur du volume d'un œuf de poule augmente et diminue de dimensions, mais ne disparaît jamais. La miction est normale.

Le 10 avril, la tumeur inguinale est devenue dure et douloureuse et la malade s'est alitée. Elle n'avait ni vomissements, ni arrêt des selles, ni des gaz et n'a demandé un médecin que sept jours après le début des accidents. Elle entre à l'hôpital le soir de ce même jour après avoir eu un vomissement. On constate dans la région inguinale droite une tuméfaction comme un œuf de poule, mate, dure, douloureuse à la pression, irréductible. Pas de signe d'occlusion intestinale. La température est de 37°8.

A huit heures du soir le Docteur Sorel procède à la kélotomie.

(1) Observation 1503 de la clinique du Docteur Sorel.

A l'incision de la peau il trouve une tumeur tendue à parois épaisses, sans sac, sans pédicule apparent. Il faut continuer l'incision par en haut et ouvrir largement la cavité abdominale. La tumeur siège sous le péritoine. En le disséquant on arrive sur un pédicule qui adhère à une autre tumeur lisse ayant bien la forme de l'utérus. Il est manifeste que la première masse rencontrée est formée par la trompe. Cettè tumeur se rompt au moment où on l'isole de l'utérus et il s'écoule un liquide purulent sur les compresses. On met une ligature sur le pédicule de cette poche et on l'enlève. Il faut agrandir l'incision pour suivre l'utérus et on sent alors le doigt d'un aide qui pratique le toucher vaginal. Une sonde introduite dans la vessie est perçue derrière le pubis. On trouve adhérente à l'utérus, une autre poche que l'on dissèque et qui conduit à la corne gauche. Cette tumeur du volume d'une noix, se rompt aussi, et il s'écoule un peu de liquide louche. On place une ligature et on extirpe cette poche qui est la trompe gauche méconnaissable.

L'utérus revenu bien mobile est alors réduit.

L'opération tout entière a été exécutée sans qu'on ait vu d'anse intestinale. On ferme la paroi en un plan aux crins de Florence passés en 8 de chiffre et on met un drain.

Les suites opératoires sont simples. Le drain est enlevé le troisième jour, et les fils les dixième et treizième jours. Il y a seulement un peu de rougeur de la peau. La malade a pourtant une température qui oscille le soir entre 38° et 38°5.

Aprés l'ablation des fils il sort un peu de pus par la partie supérieure de la plaie.

Le quinzième jour l'opérée va très bien.

Elle sort guérie le 23 mai.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

D'après ces observations, nous voyons que les hernies totales des organes génitaux de la femme en dehors de la grossesse, se font presque toujours par le canal inguinal comme les hernies tubo-ovariennes (Puech) ; mais on peut rencontrer une hernie de ce genre à travers le canal crural (Lallement).

Sur les 6 faits analogues que nous rapportons, nous trouvons la proportion suivante : 5 hernies inguinales, 1 hernie crurale.

Relativement au côté qui est le siège de la hernie, nos observations se répartissent de la façon suivante : 2 hernies gauches, 3 hernies droites et 1 pour laquelle le côté n'est pas mentionné.

Les 2 hernies gauches (Defontaine, Legueu) sont inguinales, de même que 2 de nos hernies droites (Sorel, Lallement) *Obs. I.* Donc aucune prédominance marquée pour l'un ou l'autre côté dans le cas de hernie inguinale. Nous nous demandons cependant si cette remarque doit être considérée comme la règle, étant donné le nombre restreint des cas observés. Nous ne lui croyons que peu de chances de l'être ; si nous jetons en effet un coup d'œil sur les exemples d'hytérocèles inguinales, appartenant

aux autres variétés et en dehors de la grossesse, nous trouvons que presque toutes sont signalées du côté gauche ; tels sont les faits de Werth (1), de Léopold (2), de Scanzoni (3), de Krug (4), de Le Bail (5).

Notre cas de hernie crurale affectait le côté droit.

Les enveloppes extérieures de la hernie ne présentent aucun caractère qui soit particulier, et sont les mêmes que pour toute hernie inguinale ou crurale, du reste, aucun auteur n'en parle, sauf Lallement qui mentionne sous la peau une quantité considérable de graisse dans une hernie datant de 40 ans.

Pour le sac, cependant, une remarque s'impose quand la hernie se fait par le canal inguinal. Berger croit que dans tous les cas d'utérus hernié il est toujours pourvu d'un sac, ce que constatèrent Lallement, Bylicki, Defontaine et Legueu. Sorel seul nous dit, au contraire, que la tumeur en était privée. Ceci n'a rien d'étrange, l'opinion de Linhart, rapportée par Berger, est en effet celle-ci : « l'utérus peut n'être revêtu qu'en partie par « la séreuse, et ce point particulier tendrait à démontrer « que la hernie de l'utérus peut présenter une certaine « analogie avec certaines hernies du cœcum ou du côlon « ascendant ou descendant ». L'organe a donc ici glissé sous le péritoine, entraînant ses annexes, et avec elles la séreuse qui recouvre la partie herniée.

(1) Werth.— *Arch. für Gynæk.*, t., XII p. 132.

(2) Léopold.— *Arch. Gynæk., 1879.*

(3) Scanzoni.— *Loc. cit.*

(4) Krug (Florian).— *American journal of obstetrics.* New-York, juin 1890.

(5) Le Bail. — Hôpital du Mans: *in Thèse* d'Ant. Ogé, Paris, 1900.

Quoique nous ne saisissions pas très bien la nature intime de ce phénomène, nous devons signaler qu'il a été rencontré pour une hernie tubo-ovarienne ; l'observation est dûe à MM. Pinatel, moniteur de clinique chirurgicale, et Gavaillon, interne des hôpitaux de Lyon, et publiée dans la thèse de Boulfroy (1); mais nous pensons que de même que pour les hernies de ce genre c'est le seul fait mentionné sur un nombre considérable d'observations, il doit constituer une rareté exceptionnelle dans les cas de hernie de l'appareil génital tout entier.

Le sac était il épaissi ou, au contraire, à parois minces : dans aucun de nos exemples ces détails ne sont mentionnés ; à part un cas de Lallement où il fut trouvé « très épais ». Defontaine seul, nous dit qu'il s'en échappa du liquide à l'incision, fait constaté aussi quelquefois dans les hernies tubaires ou tubo-ovariennes. Dans ces hernies, le sac avait souvent ses parois épaissies, le ligament rond y était adhérent, il y a tout lieu de croire que dans les hystérocèles accompagnées de toutes les annexes, les particularités d'aspect du sac, peuvent se retrouver comme dans les autres variétés de hernie génitale.

Comment se comportent les ligaments larges à l'égard de l'utérus hernié : Legueu seul en parle d'une façon claire et pense qu'ils ont subi « une simple attraction. ».

Dans les hernies inguinales, l'utérus est fréquemment accompagné par l'ovaire et la trompe du même côté que la hernie (Krug, Le Bail, etc,) ; très rares, au contraire, sont les cas où on ait constaté la sortie, dans le canal

(1) Boulfroy. — *Loc. cit.*, p. 38.

inguinal, des annexes des deux côtés accompagnant l'utérus hernié, puisque à notre connaissance le cas le plus récent que nous rapportons serait le cinquième de ce genre qui ait été observé.

Quelle est donc la situation ordinaire de ces organes dans le sac quand les deux groupes d'annexes sont herniés avec l'utérus? Defontaine ne spécifie pas d'une façon très nette dans quel ordre il trouva les organes herniés ; l'utérus devait être cependant le dernier apparu dans le sac, puisque c'est par lui qu'il commença la réduction. Les annexes droites et gauches précédaient donc l'utérus ; il ne nous renseigne pas sur le point de savoir si l'ovaire précédait ou suivait la trompe. Dans le cas de Legueu (hernie inguinale gauche), l'ovaire est aperçu le premier, mais, remarque intéressante à faire : c'est l'ovaire droit, puisque le gauche n'existait pas. Les annexes du côté opposé à celui où se produit la hernie peuvent donc précéder l'utérus dans une hernie inguinale de l'appareil génital tout entier.

Cette priorité d'engagement de l'ovaire, prétendue la règle par Locwood (1) dans les cas de hernie tubo-ovarienne peut donc se retrouver dans la variété de hernie dont nous nous occupons, de même que l'opinion adverse soutenue par Cruveilhier et reprise par Dolbeau (2), qui veut que la hernie de la trompe précède celle de l'ovaire ; Sorel ne tomba-t-il pas tout d'abord sur la trompe ?

(1) Lockwood.— In article de Berger : Hernies de l'ovaire. *Traité Chirurgie* Duplay et Reclus, 2e édit., t. VI. p. 391.

(2) Dolbeau.— *Bulletin de la Société anatomique*, 1854, p. 72.

Abstraction faite des adhérences pathologiques que nous retrouverons plus loin, les annexes furent trouvées complètement libres dans le sac et réduites dans le ventre, sans qu'on ait eu à inciser, soit un court méso qui dans des cas très rares peut relier la trompe à la face postérieure du sac dans les hernies tubaires seules (3 cas sur 43 observations, d'après Garrigues), soit des adhérences intimes qui nécessitèrent l'extirpation des organes, comme dans une observation (Krug) de hernie utérine avec les annexes d'un seul côté.

Les lésions pathologiques sont fréquemment observées sur les annexes herniées ; dans le cas de Sorel les lésions de salpingite suppurée étaient très avancées ; dilatées en forme de kyste, les trompes se rompirent au cours de l'opération, et « du pus coula sur les compresses ». Les salpingites herniaires ne sont pas, en effet, très rares dans les hernies des annexes sans utérus, ou des annexes d'un seul côté avec cet organe, inguinales ou crurales ; qu'elles soient simplement parenchymateuses, comme l'a vu une fois Garrigues, ou suppurées, ou dilatées en forme de kyste rempli de sérosité louche ou de vrai pus.

Lejars (1) dans son travail sur les néoplasmes herniaires, relate les lésions rencontrées sur les annexes herniées (dégénérescence kystique, kyste dermoïde, kyste hydatique, cancer) ; dans la variété de hernie dont nous nous occupons, nous n'avons à signaler que

(1) Lejars. — Hernies de la trompe. *Revue de Chirurgie*, janvier 1893, p. 12.

la présence de deux hydatides (obs. II) développées dans le tissu ovarien. L'ovaire était tout à fait normal dans le cas de Legueu et aurait pu fonctionner, comme dans une observation de hernie inguinale double des ovaires et de la corne utérine gauche, fournie par Werth.

Sauf Lallement, mentionnant dans la hernie crurale la présence de l'épiploon et de la partie supérieure du vagin, nous ne voyons pas ailleurs signaler la sortie d'autres viscères avec les organes génitaux profonds ; Sorel dit que « l'opération tout entière a été exécutée sans qu'on ait vu d'anse intestinale », Lallement (obs. II) ne vit point d'intestin ; Defontaine, Legueu sont muets sur ce point ; cependant nous savons que dans les hystérocèles accompagnées des annexes d'un seul côté l'intestin peut se rencontrer (Le Bail). Quant à l'épiploon il y avait été déjà vu, même adhérent à l'utérus dans le cas de Chopart, rapporté par Berger. Dans aucune hernie totale des organes génitaux la vessie n'a été aperçue, comme il était arrivé à Lejars de le constater dans une hernie de la trompe seule ; toutefois Lallement (obs. I), dit que « la partie supérieure de la vessie urinaire avait également franchi l'anneau. »

Dans la hernie complète de l'appareil génital, on peut observer une malformation de n'importe quelle partie de cet appareil.

Chez la malade de Legueu « l'utérus privé de cavité, était réuni par un cordon fibreux plein au vagin imperforé, l'ovaire gauche faisait défaut, le droit quoique normal d'aspect était hypertrophié, les trompes étaient obli-

térées. » Les malformations génitales ou autres sont du reste fréquentes dans les hystérocèles avec une partie seulement des annexes, Schwartz avait déjà signalé l'imperforation du vagin ; la malade de Werth âgée de 22 ans présentait les signes suivants : « peu développée, habitus enfantin, voix un peu rauque, seins petits et plats, bassin à caractère infantile, absence d'utérus, développement rudimentaire des cordons de Müller ». L'hermaphrodisme a même été noté par Brohl ; son sujet nous dit Berger « était réglé normalement mais il avait un pénis, la barbe et la voix d'un homme. » Celui de Jules Bœckel, rapporte le même auteur, était véritablement un homme atteint de hernie inguinale de l'utérus.

Aucune malformation de ce genre n'existait dans notre cas de hernie crurale, tant au point de vue de l'aspect général de la malade, que du côté des organes génitaux, puisqu'elle avait eu huit grossesses antérieures à sa hernie.

Voyons maintenant ce qu'est l'utérus dans la hernie de l'appareil génital tout entier. Trouvé normal par Lallement, Defontaine et Sorel, il est atteint d'imperforation et est resté rudimentaire dans le cas de Legueu, puisque chez cette femme de 18 ans, il ne mesurait qu'environ 2 centimètres. On le rencontre tout entier dans la hernie inguinale ou crurale (Lallement, Legueu, Sorel).

« L'utérus était lui-même complètement hors du ventre » (Defontaine) ; « le museau de tanche avait également franchi l'anneau » (Obs. I). Nous ne retrouvons

pas là cette hernie partielle de l'utérus, du corps utérin seulement voulons-nous dire, avec sa caractéristique d'antéflexion forcée de l'utérus, comme dans les cas de Krug et de Le Bail, où cet organe était « presque coudé à angle droit », observations ayant trait à des hystérocèles accompagnées des annexes d'un seul côté. Absence aussi de ces particularités signalées dans les autres variétés de hernie utérine en dehors de l'état de grossesse à savoir : l'allongement de l'utérus relaté par beaucoup d'auteurs, Haller (1), Balling, Scanzoni, en particulier ; rien de semblable au cas cité par César Hawkins et qui témoignait d'un allongement de l'utérus qui avait atteint ainsi 14 pouces. Dans nos observations nous ne relatons pas non plus de bifidité de l'organe; deux cornes utérines distinctes facilitant plutôt une hernie double des annexes ; aucune dégénérescence fibromateuse, comme Schmidt l'a signalé sur une corne utérine herniée.

Dans la hernie totale des organes génitaux, quelle est la situation de l'utérus par rapport à ses annexes ? Nous avons vu plus haut, en examinant la situation respective de l'ovaire et de la trompe dans ces cas, qu'elle était variable. Un des deux groupes d'annexes précédait l'utérus (Lallement *Obs. I*) (Sorel, Legueu), l'utérus était l'organe le plus profondément situé (Defontaine). Nos deux autres observations sont absolument muettes sur ce point. La priorité des annexes dans les cas d'hytérocèle avec annexes d'un seul côté était déjà la forme la plus communément observée.

(1) Haller. — Disputationes chirurgicœ. Lettre de 1750. Papen de Gottingue.

Quant aux transformations des ligaments ronds, Legueu seul raconte que celui du côté où s'était faite la hernie était atteint d'un raccourcissement marqué, comme Roux l'avait constaté pour les deux côtés dans un cas de hernie double d'organes de Müller en voie de développement ; tout autre fut la constatation de Krug dans une hernie de l'utérus, de la trompe et de l'ovaire gauches ; ces ligaments furent trouvés d'une longueur exagérée, et « étaient en même temps sinueux et repliés sur la face postérieure de l'organe ».

PATHOGÉNIE

Il est difficile d'apprécier exactement la fréquence des hernies complètes des organes génitaux profonds de la femme, en dehors de la grossesse, comparée à celle des autres variétés de hernie; on peut dire seulement que la hernie de l'appareil génital tout entier est excessivement rare, puisque nous n'avons pu en trouver que six cas signalés dans la littérature médicale.

A quel âge apparaissent ces hernies de l'utérus accompagné de toutes ses annexes ? La tumeur fut constatée à 2 mois chez la malade de Defontaine, à 18 ans chez celle de Legueu, mais « son origine remontait très loin »; chez celle de Sorel à 35 ans, mais « cette femme s'était toujours connu une grosseur dans le pli de l'aîne droit »; à 50 ans chez la malade de Lallement (Obs. I). Aucun renseignement sur ce point dans l'observation de Bylicki. Voilà pour la variété inguinale. Dans notre cas de hernie crurale, la tumeur était apparue à 40 ans. L'âge d'apparition de la tumeur et les malformations concomitantes dans un cas nous permettent immédiatement de diviser les hernies complètes des organes génitaux de la femme en dehors de la grossesse en deux classes : les

hernies congénitales et les hernies acquises, celles-ci moins fréquentes que les premières.

Hernies congénitales. — Nous faisons rentrer dans cette variété non seulement le cas de Defontaine, mais ceux de Legueu et de Sorel, car ces deux dernières malades se sont toujours connu cette infirmité. C'est, du reste, ce que pense Legueu de son cas, vu les malformations génitales rencontrées. La hernie complète des organes génitaux féminins, en dehors de la grossesse, est donc d'origine congénitale dans 60 p. 100 des cas.

D'après nos exemples, nous voyons que cette variété de hernie est toujours inguinale. Ce fait s'explique suffisamment, si l'on songe que les hernies congénitales, chez la femme, se produisent grâce à l'existence d'un trajet qu'elles trouvent préparé d'avance, par suite d'une disposition congénitale. Or, ce n'est qu'à la région inguinale que celle-ci se rencontre, par suite de la non oblitération du canal de Nück.

Nous ne ferons pas ici la description anatomique du canal inguinal, et nous arriverons de suite au seul point intéressant pour nous : la persistance anormale du canal de Nück, petit diverticule séreux, en doigt de gant, formé par le péritoine autour du ligament rond antérieur de l'utérus. C'est l'homologue du canal vaginopéritonéal chez l'homme, par ou se font chez lui les hernies congénitales ; comme lui il déprime et refoule le fascia transversalis et sa tendance naturelle est de s'oblitérer.

Nück (1), qui l'a décrit le premier, en 1691, et presque tous les auteurs ont admis son existence, et notamment Camper, Cloquet, Cruveilhier, Sappey.

Sur 34 fœtus, Camper trouva 26 fois une oblitération, 4 fois une perméabilité complète, et 4 fois une dépression marquée.

Ce canal s'oblitère en général au cours de la vie intra-utérine, et on ne le retrouve plus chez l'adulte. Mais sur le fait de savoir quand se produit son oblitération, les auteurs ne sont pas d'un commun accord. Sappey le croit oblitéré au huitième mois de la vie fœtale ; Cloquet, Cruveilhier (2) ont constaté sa persistance à tout âge, même chez des femmes âgées.

Quoiqu'il en soit, l'existence au moins temporaire du canal de Nück ne semble pas contestable ; Puech affirme l'avoir toujours rencontré sur des fœtus de 4 à 7 mois.

Féré (3) a trouvé 17 fois une persistance partielle ou totale sur 150 cadavres d'enfants du sexe féminin de moins d'un an. Zuckerkandl (4), 4 fois sur 19 chez des nouveau-nés, enfin Hugo Sachs (5) a recueilli 36 cas de perméabilité complète sur 159 autopsies.

(1) Nück. — *Adenographia curiosa et uteris feminæi anatome nova.* (Leyde, 1691.)

(2) Cruveilhier. — *Anatomie pathologique*, t. I, 1849.

(3) Féré (Ch.). — Etude sur les orifices herniaires. etc., *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, juillet, août, septembre 1878 et 1879.

(4) Zuckerkandl. — Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfelles. *Arch. f. Klin. chir.*, 1877; t. XX.

(5) Sachs (H.). — Untersuchungen über den Processus vaginalis peritonei. *Arch. f. Klin. chir.*, t. XXXV.

Néanmoins certains auteurs, Duplay et Beurnier (1), nient son existence et expliquent la fréquence des hernies dans la première enfance par la facilité de créer artificiellement un infundibulum péritonéal, en exerçant des tractions sur le ligament rond : expérience qu'avait déjà faite Deneux.

« Ces deux manières de voir ne se détruisent pas mu-
» tuellement et font au contraire constater chez la
» femme enfant une double prédisposition à la hernie
» inguinale (2). »

Nous admettrons donc que la persistance du canal de Nück est une cause prédisposante de premier ordre à la formation d'une hernie totale des organes génitaux de la femme dans cette région. Voyons maintenant par quel mécanisme viennent s'engager, dans ce diverticule péritonéal, l'utérus et ses deux groupes d'annexes, lequel aussi de ses organes est cause de la hernie des autres.

Si nous prenions en considération la situation de l'utérus chez la jeune enfant, nous comprendrions difficilement que cet organe puisse se hernier. Si l'utérus est en effet normal et situé à la place où on doit le rencontrer chez l'enfant bien développé, il est déjà à la naissance profondément situé dans l'excavation pelvienne et maintenu sur la ligne médiane par des ligaments suspenseurs puissants ; aussi n'est-ce qu'en examinant nos observations de hernie congénitale complète de l'appareil génital, que nous trouverons la cause la plus fréquente de sa présence dans un sac herniaire préformé.

(1) Beurnier. — Anatomie et physiologie du ligament rond. *Thèse de doctorat*, Paris 1886.

(2) De Vaucher. — *Loc. cit.*, p. 17.

Nous voyons en effet que l'utérus ne s'y rencontre ordinairement hernié, que secondairement à une hernie des annexes, d'un seul côté : ovaire (Legueu), trompe (Sorel) ; et du même côté que la hernie (Sorel), ou du côté opposé (Legueu) ; secondairement encore à une hernie des deux groupes comme il est permis de le supposer dans le cas de Defontaine. Ceci n'a pas lieu de nous surprendre, la hernie congénitale des annexes étant facilitée, nous le savons, par leur situation élevée dans l'abdomen pendant les premières années (Charpy, Rieffel) (1). Le moindre effort, la moindre tension intra-abdominale les poussera dans un sac herniaire préexistant. Que les annexes des deux côtés ou d'un seul soient primitivement herniés, ces annexes attireront ainsi à eux, l'enfant grandissant, l'utérus par ses deux angles ou l'angle correspondant.

Nous verrons plus loin si une autre hypothèse ne serait pas davantage autorisée pour expliquer la formation de cette hernie dans le cas de Legueu.

Le phénomène qui présiderait donc à la production de la plupart des hernies de l'appareil génital tout entier serait une véritable attraction de ces différents organes comme le pense Cruveilhier, par celui ou ceux d'entre ceux qui seraient les premiers herniés : les annexes du côté où se fait la hernie, l'ovaire en tête surtout, et cette attraction s'exerçant sur l'utérus d'abord, et continuant d'être, les annexes de l'autre côté sont attirés à leur tour dans le sac.

(1) Rieffel. — In *Traité d'anatomie humaine* de Poirier et Charpy, t. V.

C'est l'ordre dans lequel Sorel trouva tous ces organes. C'est encore ce que nous pouvons supposer, si nous jetons un coup d'œil sur les hernies des organes génitaux se rapprochant le plus de celles que nous envisageons, c'est-à-dire des hernies utérines avec annexes d'un seul côté, quand l'appareil génital est normalement développé, tant au point de vue des organes que des ligaments. L'étirement de la corne utérine correspondante témoigne suffisamment de cette attraction dans ces hernies qui auraient pu sans doute devenir complètes si l'appareil ligamenteux opposé au côté où elles se sont produites n'avait résisté à ces tiraillements incessants.

Ce n'est point tout à fait là le mode de production de la hernie dans le cas de Legueu puisque c'était l'ovaire droit qui fut trouvé le premier dans un sac de hernie gauche. Des malformations profondes de l'appareil génital existaient : notamment, l'utérus était rudimentaire, guère plus gros qu'un ovaire, et cet utérus jouissait d'une mobilité anormale du fait qu'il « était réuni au fond du vagin par un cordon fibreux plein. » Il n'y a donc pas eu ici attraction de l'utérus par l'annexe primitivement herniée, qui était pour ce cas particulier de hernie gauche l'ovaire droit, autre particularité, qui ne peut s'expliquer que par la présence de ce tractus fibreux, dont nous parlions plus haut, et qui a permis à tout l'appareil génital, très réduit de volume du reste, d'évoluer dans la cavité abdominale de façon que la face antérieure de l'utérus devienne postérieure, et que l'ovaire droit fût par la suite situé dans la fosse iliaque gauche.

Les organes génitaux ainsi changés dans leurs rapports, quelle a donc été la véritable cause de leur sortie au dehors de l'abdomen? Nous ne pouvons faire mieux que de rapporter l'opinion de Legueu sur le cas qu'il observa. « C'est à l'arrêt de développement du ligament rond du » côté gauche qu'est due cette attraction de l'utérus et » des annexes dans la région inguinale correspondante. » Si donc, l'utérus avait été, bien que rudimentaire, sérieusement tenu en place par l'insertion du vagin sur son col, nous aurions probablement assisté là à une hernie de l'appareil génital tout entier, consécutive à une hernie primitive de l'utérus. Nous la considérons comme telle, car l'ovaire opposé ne s'y est rencontré le premier que parce que, consécutivement à ce mouvement de torsion dont nous parlions tout à l'heure, le ligament large droit était placé au devant de l'utérus, organe auquel cette attraction se transmettait directement.

Nous rapportons à l'appui de notre hypothèse l'opinion de Garrigues (1) : « On a voulu, dit-il, dans la » production de la hernie inguinale congénitale de l'ovaire » ou de la trompe, faire jouer un rôle au ligament rond. » Puech, expliquant la pathogénie de la hernie de l'ovaire, » dont le mode de production se rapproche beaucoup de » celui de la hernie de la trompe, admet que les fibres » musculaires lisses qui forment le ligament rond agissent à la façon du gubernaculum testis et entraînt à leur » suite l'ovaire, la trompe et parfois même l'utérus. Il ne » nous semble pas qu'on puisse faire jouer au ligament

(1) Garrigues. — *Loc. cit.*, p. 25 et 26.

» rond, dans la production de la hernie de la trompe ou » de l'ovaire, le rôle que joue le gubernaculum testis à » l'égard du testicule.

« Le ligament rond se forme en effet aux dépens du » corps de Wolf, qui va chez l'embryon du pôle inférieur » de l'ovaire à la région inguinale.

« Dans ce trajet, le ligament inguinal croise le canal » de Müller et contracte adhérence avec lui. La partie du » ligament inguinal située au-dessus du point d'entre- » croisement formera le ligament utéro-ovarien ; la partie » située au-dessous donnera naissance au ligament rond » antérieur de l'utérus. Mais par suite de l'accolement sur » la ligne médiane des deux canaux de Müller, et de la » formation de l'utérus qui en résulte, le ligament rond » n'est plus dans le prolongement du ligament utéro- » ovarien, et *une traction exercée sur le ligament rond se* » *transmettrait non à l'ovaire ou à la trompe, mais prin-* » *cipalement à l'utérus*, puisque ce ligament s'insère sur » la corne utérine. La hernie inguinale de la trompe ou » de l'ovaire, si elle se produisait sous cette action, serait » donc consécutive à une hernie de l'utérus. »

La hernie totale de l'appareil génital a donc été plutôt, dans le cas de Legueu, la résultante d'une attraction exercée par le ligament rond du côté correspondant à la hernie et atteint de raccourcissement.

En résumé : persistance du canal de Nück d'une part, situation élevée des annexes chez l'enfant d'autre part, ou bien encore arrêt de développement d'un des ligaments ronds, état rudimentaire des organes génitaux, telles sont les causes suffisantes permettant d'expliquer

la production d'une hernie inguinale congénitale de l'appareil génital tout entier.

Nous ne connaissons pas une seule hernie crurale de l'utérus et de ses deux groupes d'annexes d'origine congénitale. Le seul cas que nous rapportons a été observé à 40 ans. Cependant, Kousmine (1), examinant chez des nouveau-nés les dépressions qui existent sur la face profonde de la paroi abdominale, a vu, au niveau de l'orifice abdominal du canal crural, une fossette bien marquée. Mais l'utérus en est trop éloigné, il ne pourrait pas non plus s'y hernier secondairement à l'ovaire qui en est encore plus distant que lui ; l'annexe le plus rapproché de l'orifice crural est, sans contredit, d'après des mensurations données par Garrigues, l'oviducte par sa partie moyenne. Mais cet auteur non plus n'a pas pu, dans son étude très complète de la hernie de la trompe utérine seule, trouver un seul cas de hernie crurale d'origine congénitale. Il n'existe pas, en effet, dans cette région, de canal préformé, comme celui que nous avons relevé à la région inguinale.

Hernies acquises. — Les hernies de ce genre, chez la femme adulte, sont toujours des hernies acquises, comme en témoignent les deux seuls exemples nets que nous avons trouvés dans la littérature médicale.

L'un d'eux a trait à une hernie inguinale apparue à l'âge de 50 ans ; l'autre est crurale et s'est produite à 40 ans. La hernie totale des organes génitaux de la femme se présente donc chez l'adulte avec la même

(1) Kousmine. — Clinique de chirurgie, Kazan, 1895, p. 313.

fréquence au niveau du canal inguinal et du canal crural ; ce n'est donc pas dans une disposition anatomique spéciale de ces orifices qu'il faut chercher la raison de la production de la hernie complète des organes génitaux en dehors de la grossesse.

Celle-ci exige pour se produire deux ordres de causes ; les unes prédisposantes, les autres occasionnelles.

Les premières, dépendent soit de la paroi abdominale, soit des organes génitaux eux-mêmes. Inutile d'insister sur les premières qui sont communes à toutes les hernies. Il est certain que toutes les causes qui relâchent la paroi abdominale telles que l'âge, les grossesses répétées, l'obésité, l'ascite, favorisent la production d'une hernie à travers les anneaux naturels, qui sont de ce fait élargis ; il en est de même de l'amaigrissement, qui joue un rôle en raréfiant le tissu cellulaire du bassin, et en exagérant la mobilité du péritoine pelvien (Lejars).

La cause la plus importante, dépendant des organes génitaux eux-mêmes, et permettant d'expliquer leur procidence dans un sac herniaire en dehors de la gestation, est encore du même ordre d'idées, et c'est certainement le relâchement de l'appareil ligamenteux utéro-tubo-ovarien, causé par les grossesses et les accouchements répétés. Aussi constatons nous dans nos deux exemples tirés de Lallement, qu'une de ces malades avait eu antérieurement huit grossesses, et l'autre, nous dit l'auteur, en avait eu également plusieurs. Nous savons du reste combien les divers déplacements utérins sont fréquents après de nombreuses conceptions (rétroversion, prolapsus.)

Aucune de nos observations ne nous renseigne sur le point de savoir quel est l'organe qui a été entraîné le premier dans le sac herniaire. Cependant il semble bien que la hernie totale des organes génitaux fut encore là consécutive à une hernie des annexes du côté où elle s'était produite. Pour la variété inguinale, l'observation du seul cas voisin de ceux que nous examinons, et dû à Scanzoni, nous apprend que c'est l'ovaire qui précéda de quatre ans l'utérus dans le sac ; la hernie des organes génitaux s'en étant arrêtée à ce stade.

Les déplacements physiologiques de l'appareil génital à la suite de l'utérus ne semblent pas devoir être incriminés, puisqu'ils se passent toujours dans le sens antéro-postérieur, suivant l'état de réplétion ou de vacuité de la vessie et du rectum

A dire vrai, nous ne possédons dans nos observations aucun renseignement précis sur le mécanisme intime qui préside à la formation de la hernie complète des organes génitaux quand celle-ci est acquise ; aussi rappellerons-nous, comme explication possible, l'accroissement du sac herniaire aux dépens du péritoine (Cruveilhier), qui attire dans la hernie l'utérus et les ligaments larges avec les organes adjacents. Ce seraient donc dans ces cas des hernies adhérentes par glissement.

Telles sont les causes prédisposant à la production de la variété acquise d'une hernie en masse des organes génitaux : affaiblissement de la paroi abdominale d'une part, relâchement des moyens de fixité de l'appareil utéro-tubo-ovarien de l'autre.

Mais pour que la hernie se produise, il faut encore

une cause occasionnelle sur laquelle il est inutile d'insister, puisqu'elle est commune à toutes les hernies : c'est toujours l'augmentation de la pression intra-abdominale sous l'influence d'un effort ou d'un traumatisme.

Nous voyons, en résumé, que les hernies de l'appareil génital tout entier sont presque toujours congénitales, se rapprochant par ce côté des hernies ovariennes pures et des hernies tubo-ovariennes (1) ; mais les deux cas de Lallement sont-ils bien les seuls à marquer ce genre ? Nous devons nous poser forcément cette question devant l'opinion de Lentz (2) : « Si l'on en voit peu, » dit-il, c'est que l'accident arrive souvent après la » ménopause et que les malades n'en étant pas incom- » modées ne vont pas consulter le médecin. » N'oublions pas, en effet, que les deux cas de Lallement n'ont été que des trouvailles d'autopsie, inspirées par « la nature obscure de la tumeur (forme et solidité) », pendant la vie de ses malades.

(1) D'après Garrigues, 1904, les hernies de la trompe seule ne sont en effet congénitales que dans 25 p. 100 des cas. Loc. cit. p. 23.

(2) Lentz. — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1882.

SYMPTOMES ET DIAGNOSTIC

Les hernies complètes des organes génitaux de la femme en dehors de la grossesse, n'ont pas de signes spéciaux qui permettent d'emblée de les reconnaître. Nous ne connaissons en effet aucun cas où le diagnostic en ait été fait ; ce sont donc surtout des surprises opératoires ou des trouvailles d'autopsie.

Nous commencerons par nous occuper des hernies dépourvues de complications qui, lorsqu'elles existent, peuvent modifier le tableau clinique.

La hernie totale des organes génitaux de la femme se présente avec les caractères de la hernie de la région à laquelle elle appartient. Elle n'est jamais réductible en totalité, mais elle peut l'être tout au moins en partie (Legueu). La palpation fera reconnaître une tumeur d'aspect variable dont la grosseur sera celle d'une orange, du pouce ; arrondie ou piriforme à grosse extrémité dirigée en bas et en dedans vers la grande lèvre (Defontaine). On y découvre presque toujours malgré la présence quelquefois de liquide dans le sac (Defontaine), des masses irrégulières ou bosselées et de grosseurs diverses. Dans le cas de Defontaine l'une d'elles notamment présentait le volume

d'un testicule d'enfant. La palpation avait permis aussi à Bylicki d'y reconnaître un corps de consistance ferme dont les contours rsppelaient la forme de l'utérus. D'après cette simple constatation, on comprend qu'on ait pu penser à l'épiplocèle (Legueu). C'est cette affection, en effet, qui présente le plus de rapports, à l'examen direct de la tumeur, avec les hernies complètes des organes génitaux.

Cette tumeur peut être complètement indolente. La malade de Legueu n'avait-elle pas eu simplement son attention attirée de ce côté par des difficultés exclusivement conjugales; rien jusqu'alors n'était venu lui révéler la présence de cette difformité. La malade de Sorel, avant les six jours pendant lesquels persistèrent les accidents qui l'amenèrent à l'hôpital, n'en avait également jamais souffert, pas plus que la première malade de Lallement, dont la hernie n'avait été sensible que pendant quelques jours après son apparition. Elle peut, au contraire être douloureuse, même spontanément, comme en témoignaient les cris incessants de la petite malade de Defontaine, et leur cessation après la réduction des organes herniés. Ceci est cependant très rare chez l'enfant, qui la plupart du temps, ne se plaint pas de son ectopie ovarienne; cette sensibilité exquise et spéciale est surtout en effet le propre de l'ovaire hernié, à l'occasion des phénomènes congestifs périodiques, quand l'enfant a atteint l'âge de la puberté. Quoiqu'il en soit, ces douleurs spontanées pourraient faire penser à une hernie de cet organe, mais n'impliquent nullement l'idée de la

participation à la hernie, de tous les organes génitaux profonds.

Du côté des symptômes fonctionnels, nous ne trouvons rien non plus de net qui puisse faire songer que nous sommes en face d'une semblable hernie. Ils manquent complètement chez l'enfant et cela se conçoit ; la tumeur n'augmentait de volume à aucun moment (Defontaine). Chez l'adulte aucun fait saillant ; la femme de Legueu « n'avait jamais été réglée et n'avait même jamais éprouvé, depuis sa puberté, de phénomènes congestifs, de malaises, indices d'une fonction ovarienne troublée » ; celle de Sorel, avait été réglée à 13 ans, l'avait toujours été régulièrement jusqu'à 33, puis pendant 18 mois elle avait eu des métrorragies, mais ses règles étaient devenues régulières ensuite, bien qu'« un peu anormales par leur durée (5 à 6 jours, quelquefois une semaine) ».

Nous pouvons dire déjà, que ces troubles dysménorrhéiques ont une explication dans les lésions de l'appareil génital de cette femme, trouvées au cours de l'intervention. Chez elle la tumeur augmentait et diminuait de volume, mais ne disparaissait jamais complètement. On ne sait si cette augmentation coïncidait avec le flux menstruel, mais c'est fort probable, étant donné des faits semblables dans les hernies, où l'ovaire se trouve seul ou accompagné d'autres organes. La malade de l'observation I n'avait vu survenir sa hernie qu'après que « ses règles eurent cessé au temps marqué par la nature. »

Les signes tirés de l'aspect de la hernie n'ayant aucune valeur, pas plus que les symptômes accusés par la ma-

lade, c'est aux autres signes objectifs que nous pourrons avoir recours : le toucher vaginal et la palpation bimanuelle.

Il n'ont été faits que chez la malade de Legueu ; l'attention en effet du médecin n'est guère attirée par la femme du côté de l'appareil génital, excepté toutefois dans les cas de malformations empêchant ou gênant les rapports sexuels.

Là encore l'exploration systématique de la cavité pelvienne permit seulement de se rendre compte, qu'il « n'existait rien qui ressemblât à un utérus en position normale ». Le praticien pouvait plutôt croire à une absence totale des organes génitaux profonds de sa malade, étant donné de plus, nous l'avons vu, qu'aucun trouble fonctionnel du côté de la hernie ne pouvait faire penser que ces organes s'y trouvaient inclus. Le diagnostic fut erronné et fut celui d'épiplocèle.

Devons-nous donc dire que cet examen sera superflu dans tous les cas ; nous le pensons pas. Legueu en effet de par l'imperforation du vagin manquait des principaux renseignements que cette pratique peut donner. Il ne sera certes pas aussi précieux que dans le cas de hernie de l'utérus avec ses annexes du côté correspondant à celui de la hernie, et qui permit à Florian Krug d'en faire le diagnostic, par la transmission à la tumeur herniaire des mouvements imprimés au col utérin. Déjà Lallement (an VIII), prétend « qu'il aurait certainement reconnu le déplacement de la matrice, s'il avait examiné, du vivant de la malade, la disposition du vagin trouvée à l'autopsie ».

Néanmoins nous pensons que pour peu que la malade accuse certains troubles dysménorrhéiques coïncidant avec une sensibilité exagérée de sa hernie, nous pourrions, en constatant soit la déviation du vagin de ce côté, soit la haute situation du col utérin, ou bien la transmission à la tumeur des mouvements imprimés au col, *et vice versa*, la transmission au col de ceux imprimés à la tumeur, soit encore le relâchement du vagin quand on la soulève, ou la perception au fond de la hernie d'une sonde introduite par le col utérin ; nous pourrions, disons-nous, songer à une hernie de l'utérus, avec présence de ses annexes du côté où s'est faite la hernie.

La constatation en même temps, par l'examen bimanuel qu'on ne peut percevoir aucun des annexes, l'ovaire surtout dans le cul-de-sac vaginal opposé à celui où existe la tumeur, pourrait alors nous faire conclure à la présence probable dans le sac de la totalité des organes génitaux profonds de la femme.

Mais nous ne nous dissimulons pas que tout ceci est bien délicat, le diagnostic de la hernie complète de l'appareil génital n'en reste pas moins d'une difficulté exceptionnelle, il l'est encore beaucoup plus quand cet appareil est frappé de malformations congénitales, et nous savons qu'il n'a jamais été porté par personne ; encore que pour une variété de hernie des organes génitaux, plus facile à soupçonner et dont nous parlions plus haut, n'a-t-il été fait qu'une seule fois jusqu'alors.

Outre les douleurs éprouvées par certaines malades, les hernies complètes de l'utérus et des annexes peuvent se compliquer d'accidents graves modifiant le tableau

clinique, avons-nous dit au début de ce chapitre, et pouvant, au premier abord, en imposer pour un étranglement herniaire.

Deux de nos cas, bien que différents, se rapportent à ce genre et sont ceux des observations II et VI.

La malade du docteur Sorel est envoyée à l'hôpital Pasteur avec le diagnostic de hernie étranglée. La tumeur primitivement indolente, « est devenue dure et « douloureuse et la malade s'est alitée. Elle n'avait ce- « pendant ni vomissements, ni arrêt des selles, ni des « gaz et n'a demandé un médecin que sept jours après « le début des accidents. Le soir de son entrée à l'hô- « pital, ce même jour elle a eu un vomissement. On « constate dans la région inguinale droite une tuméfac- « tion comme un œuf de poule, mate, dure, douloureuse « à la pression, irréductible, température 37°8. »

Ce n'est certes pas là, en regardant attentivement, le tableau clinique de l'étranglement intestinal, que nous savons pouvoir être simulé à merveille par l'étranglement de la trompe de Fallope. La présence des selles et des gaz, malgré l'irréductibilité de la hernie, malgré les douleurs et les vomissements, est suffisante pour faire écarter le diagnostic d'entérocèle étranglé, et faire penser plutôt avec ces signes concomitants, à un épiplocèle enflammé ou étranglé. C'est le diagnostic auquel s'était arrêté le docteur Sorel.

Maintenant ne devons-nous pas nous demander, vu les lésions trouvées au cours de l'intervention, si les accidents apparus brusquement étaient bien le fait d'un étranglement, et s'ils ne relèveraient pas plutôt de l'in-

fection. Sorel, en effet, ne dit rien de l'état du canal inguinal et ne mentionne aucun sillon fait par un anneau sur les organes herniés.

Les lésions des trompes étaient, nous dit-il, très avancées, les trompes étaient dilatées et l'une d'elles contenait du liquide franchement purulent. Lejars a fait remarquer aussi que la trompe peut infecter elle-même le sac herniaire où elle est incluse et déterminer ainsi une péritonite sacculaire. Dans l'espèce il n'y avait pas de sac herniaire à proprement parler, mais nous nous demandons si ce processus inflammatoire, au voisinage immédiat de la séreuse péritonéale, qui réagit au moindre degré d'infection, ne pourrait pas expliquer les symptômes nouveaux présentés par la malade, porteur de cette hernie indolente depuis son enfance.

Du reste, à l'appui de cette hypothèse, ne sommes nous pas renseignés un peu par l'évolution de cette hernie soit disant étranglée ? La malade n'a été opérée que sept jours après le début des accidents, or malgré le retard apporté à l'intervention chirurgicale, Sorel ne signale pas ce qui aurait dû se produire depuis plusieurs jours : nous voulons dire le sphacèle des organes herniés. Les accidents observés relèveraient donc plutôt, à notre avis, de l'inflammation, de l'infection, et l'application de glace sur la région aurait sans doute calmé momentanément et les douleurs et les vomissements.

Les lésions observées du côté de la trompe dans ce cas de hernie complète des organes génitaux, sont-elles antérieures ou consécutives à la hernie ? Sur ce point,

nous avouerons que nous ne sommes nullement fixés d'une façon définitive. Nous croyons cependant assez juste l'opinion de Garrigues (1), et nous inspirant de lui, nous dirons qu'il est logique d'admettre que lorsque les trompes sont herniées, elles sont plus facilement vouées à l'infection, par suite de la difficulté avec laquelle se fait la circulation en retour dans les organes. La constatation d'adhérences que « l'on dissèque », et reliant les trompes aux tissus voisins, prouve nettement que dans ce cas au moins, les altérations inflammatoires des trompes s'étaient produites lorsque celles-ci étaient déjà herniées.

On pourrait encore se demander pourquoi ces accidents ne se sont pas produits plus tôt, la trompe ayant dû laisser sourdre du pus par son orifice externe, du jour où dans la hernie les lésions de salpingite en étaient arrivées à ce point. Reprenant l'opinion de Garrigues, nous dirons que probablement l'ostium abdominale des trompes s'était oblitéré du fait de l'inflammation, comme cela se produit le plus souvent dans les salpingites en général.

Est-ce à dire que l'étranglement ne se montrera jamais dans les hernies totales de l'appareil génital? Notre avis est que ces malades ne sont pas à l'abri de cette complication, qu'on a vu frapper quelquefois celles atteintes de hernie de la trompe ; et Lallement (obs. II), parle souvent, au cours d'une de ses observations, de phénomènes d'étranglement présentés par sa malade.

Pourtant, les accidents qu'il fut permis d'observer

(1) Garrigues. — *Loc. cit.*, p. 51.

chez elle, à plusieurs reprises, relèvent encore plutôt de l'inflammation que d'un étranglement véritable. Les cataplasmes, les tisanes laxatives, les lavements émollients apaisèrent rapidement tous les symptômes alarmants : coliques, hoquets, nausées, vomissements, constipation ; on comprendrait difficilement qu'un traitement médical fût suffisant à faire rétrocéder les accidents causés par un étranglement vrai. Du reste, la température, la tension de l'abdomen, la tuméfaction et les traces d'inflammation de la tumeur disparaissaient chaque fois que la peau recouvrant la hernie laissait suinter une quantité assez abondante de liquide, inodore, huileux, primitivement séreux et quelque peu sanguinolent. Tout rentrait dans l'ordre à la suite de cette expulsion de sérosité qui diminuait toujours notablement le volume de la tumeur. A l'autopsie, Lallement trouva deux kystes, peut-être deux hydatides, inclus dans le sac, et auxquels était dû certainement, dit-il, l'écoulement du liquide que la malade rendait, à un tel point qu'elle salissait beaucoup de linge.

Dans cette observation, nous penserions volontiers que l'accroissement rapide du liquide dans les deux kystes signalés amenait une certaine gêne dans la circulation des organes herniés, provoquant ainsi des phénomènes surtout locaux, et nous dirons avec Lallement qu'il est plus vraisemblable d'admettre que la plupart des symptômes nouveaux présentés par la malade : coliques, nausées, vomissements, étaient dûs « à l'espèce de » tiraillement qu'éprouvait l'axe du côlon du fait de l'a-

» dhérence au fond de la hernie de deux faisceaux épi-
» ploïques.»

Nous ne relevons donc pas là encore d'étranglement véritable ; et malgré les accidents observés, ne pouvant signaler ni le sphacèle des organes herniés, ni les lésions que présentait la malade du docteur Sorel, ce cas nous semble mériter seulement le nom de pseudo-étranglement.

TRAITEMENT

En outre des complications inflammatoires que nous venons d'envisager, on peut encore rencontrer la dégénérescence des organes herniés, dont nous avons parlé au cours de notre travail. Ces hernies également peuvent se compliquer d'entérocèle irréductible par les adhérences qui réuniront un jour ou l'autre l'intestin aux organes génitaux et l'étranglement dans ces cas revêtira un caractère d'une extrême gravité.

Reste la grave question de l'influence de la hernie totale des organes génitaux sur leur fonction. Sans parler des troubles dysménorrhéiques, et des malaises, signes d'une fonction ovarienne troublée, nous voyons que ces malades sont vouées la plupart du temps à la stérilité, malgré que la menstruation semble pouvoir persister normale, comme chez la malade de Sorel. La hernie double de l'ovaire prédispose déjà à cette infirmité ; la malade en question, la seule qui dans les cas que nous relatons aurait pu devenir enceinte, n'avait jamais eu ni grossesse, ni fausse-couche. On comprend facilement que ce changement de situation de l'utérus

et des annexes, cette modification de rapports des organes génitaux entre eux, soient une difficulté à la conception. La date de production de la hernie dans l'observation II est trop rapprochée de l'apparition de la ménopause, qu'elle ne précéda que d'un an, pour que nous puissions en tirer un semblable argument.

La conception ne serait pas à souhaiter ; les grossesses extra-utérines dans le sac ou dans la cavité abdominale, sont souvent constatées dans les hernies de l'utérus avec ses annexes d'un seul côté. Que si la grossesse, au mieux des choses, était utérine, les avortements ne manquent pas de se produire et une intervention chirurgicale grave, dans ces cas comme dans les précédents est le plus souvent indispensable.

En résumé, la hernie totale des organes génitaux est une affection assez sérieuse : dégénérescence des organes herniés, stérilité, ou difficulté de l'accouchement, complications intestinales, accidents relevant de l'inflammation ou de l'étranglement, telles sont les éventualités qui peuvent déterminer le chirurgien à proposer un traitement radical.

A propos des hernies des organes génitaux de la femme en général, Boulfroy pense qu'on pourra se contenter parfois du port plus ou moins prolongé d'un bandage herniaire approprié.

Dans tous les cas de hernie complète de l'appareil génital nous avons relevé l'irréductibilité au moins partielle de la hernie ; le port d'un semblable appareil serait plutôt dans ces cas une méthode dangereuse ; la malade elle-même ne le supporterait sans doute pas

longtemps, la pression sur l'ovaire hernié amenant le plus souvent des douleurs intolérables. Nous ne voyons pas l'avantage non plus de cette façon de faire, même en cas de réductibilité totale des organes herniés, nous ne savons pas, en agissant ainsi, dans quel état sont les organes que nous venons de réduire par le taxis. En supposant donc que le diagnostic ait été posé, nous préconisons le traitement chirurgical dans tous les cas, sans attendre l'apparition des complications énumérées plus haut ; la cure spontanée de la hernie totale des organes génitaux nous paraît en effet bien aléatoire.

Après la ménopause cependant, en l'absence des complications, dont le nombre se restreint par là même, on pourrait se contenter d'un bandage bien fait supporté facilement par la malade.

Nous avons déjà fait remarquer du reste que le plus souvent le diagnostic exact n'a pu être fait et que l'intervention a été entreprise sans que le chirurgien ait su qu'il avait affaire à une hernie complète des organes génitaux profonds ; aussi le manuel opératoire n'a-t-il été réglé qu'au cours de l'opération.

Tous les chirurgiens ont fait l'incision de la herniotomie, c'est plus tard seulement qu'ils ont vu la nécessité d'agrandir la plaie et d'ouvrir l'abdomen. Au cas où l'opérateur entreprendrait le traitement chirurgical avec un diagnostic ferme il serait plus facile et plus logique de pratiquer d'emblée la laparotomie, qui le renseignerait de suite sur l'état des organes génitaux. Nous savons que dans le cas de Sorel, les rapports et l'aspect des organes étaient tellement modifiés que l'opération ne

devint nette qu'après l'ouverture de la cavité abdominale.

Il est bien évident que si les organes génitaux sont sains et ne paraissent pas atteints de malformations au-dessus des ressources de l'art, on se contentera de les réduire et de *faire la cure radicale :* Au cas contraire, le manuel opératoire variera forcément d'après la nature et la localisation des lésions rencontrées. Sorel fit la salpingectomie double. Defontaine se contenta de rentrer les organes sains et normalement développés ; Legueu, en présence d'un cas où les malformations génitales étaient cependant profondes « aurait pu, dit-il, suppri-» mer tous ces organes inutiles, mais ils ne gênaient en » rien, ils étalent facilement réductibles, je n'avais aucune » raison de les enlever ». L'ablation des organes sains et surtout des ovaires dans les cas de malformations des autres ne se comprendrait pas étant donné le double rôle physiologique de l'ovaire. Puech avait déjà blâmé il y a longtemps, l'entrain avec lequel on avait extirpé parfois ces organes. « Créer des eunuques sans absolue » nécessité, dit-il, est un acte blâmable au premier chef, » une véritable aberration. »

En l'absence de complications l'opération est bénigne. Defontaine et Legueu ne signalent aucune difficulté opératoire ; du reste leurs deux malades, ainsi que celle de Sorel dont nous rapportons l'histoire ont guéri sans incidents.

CONCLUSIONS

I. Il existe des hernies complètes des organes génitaux profonds de la femme en dehors de la grossesse. De toutes les variétés de hernie des organes génitaux chez celle-ci c'est la forme de beaucoup la plus rare.

II. Les organes herniés peuvent être normaux; on peut aussi rencontrer des malformations congénitales ou des lésions inflammatoires de ces organes.

III. Ces hernies peuvent être congénitales ou acquises. Les hernies congénitales se font toujours par le canal inguinal : les hernies acquises peuvent être avec la même fréquence, inguinales ou crurales.

IV. La persistance du canal de Nück et la situation élevée des annexes pendant les premières années, ou quelquefois l'arrêt de développement d'un des ligaments ronds ainsi que les malformations profondes des organes génitaux expliquent la formation des hernies congénitales.

L'affaiblissement de la paroi abdominale, le relâchement de l'appareil ligamenteux utéro-tubo-ovarien, à

la suites des grossesses répétées font comprendre la production des hernies acquises.

V. Le diagnostic de ces hernies est très délicat. Elles ont presque toujours été confondues avec des épiplocèles. Le toucher vaginal et le palper abdominal combinés permettent seuls de les faire soupçonner.

VI. Les douleurs, la stérilité ou la crainte de grossesse, les complications inflammatoires possibles, l'irréductibilité et l'étranglement commandent le traitement chirurgical. Celui-ci consiste dans la cure radicale pratiquée au moyen de la longue incision de la hernio-laparatomie.

Vu : Le Président de la Thèse,
A. LE DENTU.

Vu : Le Doyen,
DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Academie de Paris
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bard. — Variétés rares de la hernie inguinale et crurale. *Th.*, Lyon, 1896.

Barnes. — Société de médecine et de chirurgie de Londres, 1882, *Annales de gynécologie* de Paris, 1883. (Physiologie de l'ovaire hernié.)

Berger (P.). — Articles Hernie des organes génitaux de la la femmes. *In Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus. 2e éd., t. VI.

Beurnier. — Anatomie et physiologie du ligament rond. *Th. doct.*, Paris, 1886.

Bœckel (J.). — *Gazette médicale de Strasbourg*, 1892. (Hernies de l'utérus.)

Boudaille. — Hernie inguinale chez la femme et hernie de l'ovaire. *Th.*, Paris, 1890.

Boulfroy. — Des hernies des organes génitaux de la femme. *Th. doct.* Lyon, 1904.

Brohl. — *Deutsche. med. Woch.*, 1894, n° 15.

Brunner (C.). — *Beitrage zur Klin. chirurg.*, 1889, t. IV, p. 259.

Cruveilhier (J.). — *Traité d'anatomie descriptive.* Paris, 1852, 3e édit., t. III.

— Anatomie pathologique, t. I, 1849.

Defontaine. — *Archives provinciales de chirurgie,* 1895.

Deneux. — Mémoire sur les hernies de l'ovaire. *Th.*, Paris, 1813.

Dœring. — De herniæ uterinæ atque hanc justo tempore subsequentis partu Cesarei historia. Vitembr. 1612.

Dolbeau. — *Bulletin Société anatomie*, 1854.

Duplay et Wiart. — Société anatomique de Paris, 1897.

Duret. — Des variétés rares de hernies inguinales. *Th. d'agrégation*, Paris, 1883.

Eisenhart. — Cité dans le *Traité des accouchements* de Tarnier et Budin, t. II, sect VIII, chap. VI, 1886.

English. — Œsterr. med. Jarbuch, Wien, 1871.

Féré (Ch.). — Etude sur les orifices herniaires, etc. *Revue mensuelle de médecine et de chirurgie*, juillet, août, septembre 1878 et 1879.

Fischer (Th.). — *Annales de la chirurgie française et étrangère*, t. V, p. 249, 1842.

Frank Hamilton et Terry. — *Bellevue Hospital Reports*, p. 159, 1870. (Hernies de l'ovaire.)

Garrigues. — Les hernies de la trompe utérine. *Th. doct.*, Paris, 1904.

Göpel (R.). — Ein. Beiträg. zur. Kenntussi der Tubenhernien. Chirurgische Beiträge. Festschrift für Benno Schmidt. Leipsig, Eduard Besold (Arthur Georgi), 1896.

Hagner. — *Journal of american medical association*, mars 1809. (Hernie de l'utérus.)

Haller. — Disputationes chirurgicœ. Lettre de 1750, Papen de Gottingue. (Hernie de l'ovaire.)

Jaboulay (M.). — Article Hernies, in *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, t. VII, p. 812.

Korte. — 29e Congrès de la Société allemande de chirurgie, 1900.

Kousmine. — Clinique de chirurgie, Kazan, 1895, p. 313.

Krug (F.). — *American journal of obstetric*, juin 1890.

Labadie-Lagrave et Legueu. — *Traité médico-chirurgical de gynécologie*, 3e édit., p. 235, fig. 65.

Lallement. — *Bulletin de la Faculté de médecine* de Paris, t. I, p. 1, 1816.

— Mémoire Soc. méd. d'émulation, p. 323, an VIII.

Langton (G.).— *St Barth Hospital Reports*. Londres, p. 99-205. 1882.

Le Dentu et Delbet. — *Traité de chirurgie*, articles Hernies, t. VII, p. 812.

Lèdesma. — *Gazette médicale* de Paris, p. 175, 1840, et *Journal de la Société de médecine* de Montpellier, t. I, p. 441.

Legueu. — *Bulletin de la Société anatomique*. Paris, 9 avril 1897, p. 303.

Lejars. — *Gazette des hôpitaux*, 3 août 1889, p. 801. (Néoplasmes herniaires et périherniaires.)

— Hernie inguinale de la trompe. *Revue de chirurgie*, janvier et février 1893, p. 12.

— *Traité de chirurgie d'urgence*, 4e édit., p. 760.

Lentz. — *Gazette médicale* de Strasbourg, nº 9. 1882.

Léopold. — *Arch. für Gynœk*, 1879.

Léotaud. — *The Lancet*, 1859.

Léger de Gouey (Louis). — La véritable chirurgie établie sur l'expérience et la raison. Rouen, 1716.

Loumaigne. — Hernies de l'ovaire. *Th. doct.*, Paris, 1869.

Manega. — *Riforma medica*. Naples, 1893.

Massi (Carlo). — *Clinica chirurgica*, 1897.

Mencière. — *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, 1897.

Morf (P.). — *Annals Surgery of Philadelphie*, 1901, XXXIII, 247-268. (Hernia of the Fallopian tube without hernia of the ovary.)

Murray. — *Journal des connaïssances médico-chirurgicales*, p. 654, 1859.

Nélaton. — *Pathologie externe*, t. IV, p. 440, 1857.

Nück (A.) — Adenographia curiosa, etc. Lugd. Batav., 1692, cap. X. De peritonœï diverticulis novis.

Ogé (Ant.). — Des hernies de l'utérus et des annexes. *Th. doct.*, Paris, 1900.

Puech (A.). — *Annales de gynécologie*, nov. 1878, juin 1879.

Rektorzick. — *Monatsch für Geburtsk*, t. XVI, p. 475 1860.

Rieffel (H.).—In *Traité d'anatomie humaine* de Poirier et Charpy, t. V.

Rosanoff.— *Arch. für. Klin. chir.*, 1895, t. XLIX. p. 918.

Roux (de Lausanne).—*Congrès français de chirurgie*, 1891. (Un cas de hernie double d'organes de Müller rudimentaires.)

Sachs (H.). — Untersuchungen über den Processus vaginalis pritonei. *Arch. f. Klin. chir.*, t. XXXV.

Sappey. — Traité d'anatomie humaine.

Saxtorph. — Bibliothèque médicale, LXXI, p. 59.

Scanzoni. — *Beiträge für Geburts. Gynœk*, t. VII, 1870.

Schmidt. — *Berlin. Klin. Wochenschr.*, 1884, p. 400.

Schopfe. — *Wiener Klin. Woch.*, 1903.

Schultz. — Contribution à l'étude des hernies de la trompe de Fallope sans hernie de l'ovaire. *Th.*, Paris, 1898-1899, n° 1.

Schwartz. — *Congrès français de chirurgie*, 1892. (Un cas de hernie double d'organes de Müller rudimentaires.)

Sebian (Haïk). — Hernies de l'ovaire. *Th. doct.*, Paris, 1904.

Testut. — *Anatomie descriptive*. Embryologie.

Thomas. — De la hernie inguinale de l'ovaire. *Th. doct.*, Paris, 1887.

Tillaux. — *Traité d'anatomie topographique*,

Vaucher (de). — Contribution à l'étude de la hernie inguinale de l'ovaire et de la trompe Fallope. *Th. doct.*, Lyon, 1895.

Voigt. — *Journal der practischen Heilkunde*, n° 3. p. 139, 1809.

Werth. — *Arch. für Gynœk*, t. XII, p. 132.

Wibaille. — Hernie de l'ovaire. *Th.*, Paris, 1874.

Zuckerkandl. — Ueber den Scheidenfortsatz des Bauchfelles. *Arch. f. Klin. chir.*, 1877, t. XX.

IMPRIMERIE F. DEVERDUN, BUZANÇAIS (INDRE)

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE